



# WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

**INFANCIA: 2-4 SEMANAS**

<b>A SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A)		TRAÍDO POR:		FECHA DE NACIMIENTO		
	ALLERGIAS			MEDICAMENTOS ACTUALES			
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA				HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:		
	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mi bebé duerme bien.		SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Mi bebé me mira a la cara.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi bebé está comiendo, mamando bien.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cuando mi bebé llora, se le puede calmar hablándole o alzándolo.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mi bebé escucha los sonidos.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	No tengo momentos de tristeza frecuentemente.	

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	HEAD CIR. PERCENTILE	Diet _____
---------------------------	--------------------------	----------------------	------------

Review of systems       Review of family history

---

Screening:

Hearing	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____
Vision	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____

Development: Circle area of concern

Adaptive/Cognitive	Language/Communication	Fine Motor
Gross Motor	Social/Emotional	

Behavior	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____
Mental Health	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	_____

Physical:

General appearance	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Chest	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Skin	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Lungs	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Head/Fontanelle	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Cardiovascular/Pulses	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Eyes/Red Reflex	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Abdomen	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Ears	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Genitalia	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Nose	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Spine	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Oropharynx	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Extremities/Hips	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Neck	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>	Neurologic	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
Nodes	N <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>			

Describe abnormal findings and comments:

---



---



---

Review Immunization Record

Newborn Screen: (PKU)

Other: \_\_\_\_\_

Health Education: (Check all discussed/handouts given)

<input type="checkbox"/> Family Planning	<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/> Sleeping on back
<input type="checkbox"/> Development	<input type="checkbox"/> Crib Safety	<input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome
<input type="checkbox"/> Infant Bond	<input type="checkbox"/> Feeding/colic	<input type="checkbox"/> Fever
<input type="checkbox"/> Passive Smoke	<input type="checkbox"/> No bottle in bed	<input type="checkbox"/> Child care
<input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat	<input type="checkbox"/> Maternal Depression	

Other: \_\_\_\_\_

Assessment/Plan: \_\_\_\_\_

---



---



---

**NEXT VISIT: 2 MONTHS OF AGE**

HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER NAME
	HEALTH PROVIDER ADDRESS

## INFANCY: 2-4 WEEKS

## Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (2-4 weeks)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

### Hearing Screen

Screen infants with these risk factors:

- Family history of childhood hearing impairment.
- History of congenital prenatal infection with herpes, syphilis, rubella, cytomegalovirus, or toxoplasmosis.
- Malformations involving the head or neck (e.g., dysmorphic and syndrome abnormalities, cleft palate, abnormal pinna).
- Birth weight below 1500 grams.
- Bacterial meningitis.
- Hyperbilirubinemia requiring exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia exchange transfusion.
- Severe prenatal asphyxia (Apgar scores of 0-3, absence of spontaneous respirations for 10 minutes or hypotonia at 2 hours of age).
- Parents concerned about infant's hearing.

### Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, the Denver II, or other developmental screen.

- | Yes                      | No                       |                                   |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Regards face.                     |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Lifts head while prone.</u>    |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <u>Moves extremities equally.</u> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Mother responds to infant cues.   |

**Instructions for developmental milestones:** At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on any two items or even one of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



**EXAMEN "WELL CHILD" (NIÑOS SANOS) - INFANCIA: 2-4 SEMANAS**

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 2-4 WEEKS

(Satisface pautas EPSDT)

FECHA

INFANCIA: 2-4 SEMANAS				
<b>A SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE ACERCA DEL NIÑO(A)</b>	NOMBRE DEL NIÑO(A)	TRAÍDO POR:	FECHA DE NACIMIENTO	
	ALLERGIAS	MEDICAMENTOS ACTUALES		
	ENFERMEDADES/ACCIDENTES/PROBLEMAS/PREOCUPACIONES DESDE LA ÚLTIMA VISITA		HOY TENGO UNA PREGUNTA SOBRE:	
	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi bebé duerme bien.	<input type="checkbox"/> <b>SÍ</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi bebé me mira a la cara.		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi bebé está comiendo, mamando bien.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuando mi bebé llora, se le puede calmar hablándole o alzándolo.			
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mi bebé escucha los sonidos.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No tengo momentos de tristeza frecuentemente.			
PESO KG./OZ. PORCENTAJE	ALTURA CM/IN. PORCENTAJE	CIR. DE LA CABEZA PORCENTAJE	Alimentación _____ Eliminación _____ Sueño _____ <input type="checkbox"/> Revisión del historial de inmunizaciones <input type="checkbox"/> Examen al recién nacido: (PKU) <input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> Revisión de los sistemas <input type="checkbox"/> Revisión del historial familiar			Educación de la salud: (Marcar todo lo discutido/los materiales provistos)	
Exploración:      N      A Audición <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Vista <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Desarrollo: Marque el área de preocupación Adaptación/Cognitiva      Lenguaje/Comunicación Habilidad motora general      Social/Emocional      Habilidad motora específica Comportamiento <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ Salud Mental <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____			<input type="checkbox"/> Planificación familiar <input type="checkbox"/> Seguridad <input type="checkbox"/> Dormir de espalda <input type="checkbox"/> Desarrollo <input type="checkbox"/> Seguridad en la cuna <input type="checkbox"/> Síndrome del bebé sacudido <input type="checkbox"/> Apego del infante <input type="checkbox"/> Alimentación/Cólico <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Fumador pasivo <input type="checkbox"/> Sin biberón en la cama <input type="checkbox"/> Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Asiento de automóvil apropiado <input type="checkbox"/> Depresión de la madre <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Físico:                      N      A                      N      A Apariencia general <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Piel <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cabeza/Fontanela <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pulsaciones/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ojos/Reflejo rojo retiniano <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovasculares <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oídos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nariz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitales <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Orofaringe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Columna <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremidades/Cadera <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ganglios <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Sistema Neurológico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			Evaluación/Plan: _____ _____ _____ _____ _____	
Describa anomalías encontradas y comentarios: _____ _____ _____			INMUNIZACIONES ADMINISTRADAS _____ DERIVACIONES _____	
<b>PRÓXIMA VISITA: 2 MESES DE EDAD</b>			NOMBRE DEL PROVEEDOR DE SALUD	
FIRMA DEL PROVEEDOR DE CUIDADO A LA SALUD			DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR DE SALUD	

**INFANCIA: 2-4 SEMANAS**

# La salud de su bebé a las 2 semanas

## Indicadores de logros

### Formas de desarrollo de su bebé entre 2 semanas y 2 meses de edad.

Mira su cara cuando usted lo levanta, la sigue cuando se mueve.

Presta atención a su voz.

Demuestra que escucha sonidos cuando se sorprende, parpadea o llora.

Mueve sus brazos y piernas, trata de levantar la cabeza cuando está acostado sobre su barriga.

Trata de decirle lo que necesita poniéndose inquieto o llorando.

### Ayuda a su bebé a aprender nuevas aptitudes al jugar con él/ella.

## Para ayuda o más información

**Para encontrar un médico o conseguir seguro de salud para su niño(a) sin costo o de bajo costo:** Línea de Derivación e Información para Healthy Mothers, Healthy Babies (Madres Sanas, Bebés Sanos) 1-800-322-2588 (voz) ó 1-800-833-6388 (TTY - Servicio de Retransmisión)

**Información sobre amamantamiento, alimento y salud:** Programa para mujeres, infantes, niños(as) (WIC), llame a la Línea de Derivación e Información para Madres Sanas, Bebés Sanos (ver números arriba)

**Seguridad del asiento para automóvil:** Coalición para Restricción de Seguridad (Safety Restraint Coalition), 1-800-BUCK-L-UP (voz) ó 1-800-833-6388 (TTY - Servicio de Retransmisión)

**Habilidades o apoyo para la crianza:** Línea de ayuda familiar, 1-800-932-HOPE (4673) Recursos para familias del noroeste, 1-888-746-9568 Clases en el Colegio Comunitario local

## Consejos de salud

Aprenda a saber cuándo su bebé tiene hambre, para que pueda alimentarle **antes** de que lllore. Puede que se ponga inquieto(a) o gire su cabeza hacia su cuerpo cuando le tenga en brazos.

La leche materna es el alimento perfecto para bebés por lo menos durante el primer año. Continúe amamantándole el mayor tiempo posible.

Si le da biberón a su bebé, téngale en sus brazos mientras se lo dé. Su bebé necesita este tiempo especial con usted.

Las inmunizaciones protegen a su bebé de 12 enfermedades muy serias. Asegúrese de que su bebé tenga todas las dosis de vacunas a tiempo.

**SIEMPRE** acueste a su bebé sobre la espalda para reducir los riesgos del síndrome de muerte súbita infantil (SIDS). También evite colocar ropa de cama blanda o muñecos de peluche en la cuna.

Mantenga a su bebé alejado de personas que tengan un resfriado o tos. Asegúrese de que las personas que lo levanten o le cuiden se laven las manos seguido.

## Consejos sobre Paternidad/Maternidad responsable

Dé a su bebé el regalo de su atención. Tome bastante tiempo para alzarle, mirarle a los ojos, hablarle suavemente. Él puede verle y escucharle. ¡Él ya está aprendiendo!

Su bebé se inquieta y llora para tratar de decirle lo que quiere. Consuélelo cuando lllore. Alzarle no le hará malcriado.

## Consejos de seguridad

Use un asiento infantil para automóvil mirando hacia atrás en cada viaje. Colóquele el cinturón de seguridad en el asiento de atrás, lejos de las bolsas de aire.

**NUNCA** sacuda a su bebé. El sacudir a su bebé puede causarle serios daños cerebrales. Asegúrese de que toda persona que le cuide sepa esto.